Dott. ARTURO DE GRESTI

Osservazioni sull' enteroptosi

CON SPECIALE RIGUARDO ALLA SUA TERAPIA

FELTRE
PREM. TIP. P. CASTALDI DI O. BOSCHIERO
1909

Sguardo storico all'entità clinica conosciuta come enteroptosi

Già al principio del secolo XIX dei celebri clinici, come l' Esquirol, aveano attribuito agli spostamenti di organi una grande importanza ed aveano posto, p. es. l' abbassamento del colon, in rapporto con la produzione di malattie mentali; ma verso la metà dello stesso secolo tali idee erano state abbandonate. Si consideró lo spostamento del colon come privo di significato: quello dello stomaco non poteva essere diagnosticato con i metodi allora in uso, e solo quello dei reni era noto, ma si riguardava come una rarità rilevata dagli anatomici.

Sulla abnorme mobilità dei visceri si cominciò a prestare attenzione solo dopo che dal 1880 in poi le pubblicazioni del Glénard, Féréol, Cuilleret ed altri in Francia e quelle del Landau, Leube, Ewald, Kuttner, Meinert ed altri in Germania; Cantani, De Giovanni ed altri in Italia ebbero posto in chiaro l'importanza di tali fenomeni.

Nel 1890 il Virchow mostrava che nel maggior numero degli uomini esisteva uno spostamento di visceri addominali e specialmente dell' intestino.

A riconoscere tale spostamento, come stato morboso, contribuì molto il Glénard [1] introducendo la denominazione di *Enteroptosi*, in una pubblicazione fatta vent'anni fa circa. La sua prima concessione, che cioè l'enteroptosi dovesse considerarsi come una speciale malattia ben caratterizzata — entité morbide — da principio non fu accettata generalmente, ma però fu giustificata da molti clinici.

Si riscontrò che in molti individui esisteva un grado moderato di abbassamento dello stomaco, insieme con un rene mobile e collo spostamento del colon; il considerare questo insieme di fatti come una unità morbosa appariva tanto più giustificato, in quanto si trattava nel maggior numero dei casi di individui per lo più di sesso femminile, anemici, deboli e nervosi, e che presentavano tutti nel loro aspetto esterno, nella loro costituzione qualche cosa di comune.

Con quel suo lavoro, che fissa definitivamente l'entità e l'importanza nosologica della malattia, Glénard comincia la serie importantissima dei suoi studi, i quali oltre ad avere, nell'argomento che io sto trattando, una parte storica importante, hanno anche contribuito ad aggiungere nuova luce alle indagini, a mettere in evidenza artefici diagnostici e curativi.

Dopo di lui, numerosi sono gli autori che richiamarono l'attenzione del mondo medico su questa malattia, intorno alla quale, specie in questi ultimi tempi, si vanno accumulando le pubblicazioni degli studiosi.

---

(1) F. Glénard « Application de la métode naturelle à l'analyse de la dyspepsie nerveuse. Détermination d'une éspéce: de l'Entéroptose » Lyon Medical 1885.

Patogenesi ed etiologia

Varia fu l'interpretazione dei fatti morbosi, ed, in particolare, per l'etiologia, discordi furono le opinioni e non prive di interessanti discussioni, le critiche.

Glénard credeva che l'abbassamento del colon, e specialmente della porzione trasversa di destra, fosse principalmente responsabile del prodursi di tutti gli altri disturbi. Invece egli era poco disposto a dare importanza ai rapporti meccanici, al rilasciamento delle pareti addominali, alla scomparsa del grasso nella cavità addominale, alla influenza della compressione esterna con lacci ecc...., come fattori etiologici della ptosi dei visceri.

Il significato di questi fattori venne chiaramente stabilito da Landau, Meinert, Denning ed altri, i quali mostrarono che in molte persone poteva prodursi in determinate condizioni un rilasciamento nella fissazione dei visceri addominali ed un abbassamento di uno o più di essi.

Alcuni clinici, come lo Stiller, considerano l'enteroptosi come, fino ad un certo punto, un indice di rilasciamento generale. Il collegamento cartilagineo insufficiente della 10ª costa con la gabbia toracica (costa X fluctuans), che spessissimo si riscontra negli individui affetti da spostamenti di visceri, ne sarebbe la prova. Questa opinione è giustificata in quanto le ptosi viscerali si riscontrano molto più spesso in individui disposti a disturbi nervosi che in individui

sani e robusti. D'altra parte non si deve dimenticare che nei necropatici l'energia muscolare è più debole, e perciò anche le fascie muscolari e connettivali sono più flaccide del normale: ciò spiega la frequenza dell'enteroptosi tra le persone nervose. È difficile giudicare se per essa esista una vera predisposizione ereditaria. Ma è verosimile che sia ereditabile la debolezza dei legami che fissano i singoli organi interni, allo stesso modo che si ereditano speciali strutture anatomiche di essi o speciali formazioni delle ossa. Però allo sviluppo dell'enteroptosi contribuiscono, come del resto allo stabilirsi di una cifoscoliosi della colonna vertebrale, anche una serie di influenze esterne, delle quali diremo in seguito.

Rapporti tra enteroptosi e lassezza connettivale

Gli individui affetti di enteroptosi hanno un *habitus* caratteristico: la testa è chinata in avanti, il viso ha qualche cosa di giovanile, quasi infantile, l'espressione è triste, l'apparenza rassegnata; dal lato morale essi presentano spesso una specie di torpore. Sono insomma degli esseri neuropatici, deboli che presentano la sindrome della cosidetta « *astenia del tessuto connettivo* ». Ed infatti chi non è colpito dal rilasciamento e dalla mollezza che presentano i tessuti in questi individui? Non solamente il loro aspetto esteriore denota delle tendenze ad una dilatazione generale, tendenze che si traducono con la flaccidità delle guancie e delle palpebre, del petto, del ventre, dello

scroto e della pelle in generale, ma anche non è raro di constatare in essi oltre alla presenza simultanea delle ernie, delle varici, di emorroidi, di varicocele, di enfisema polmonare, di dilatazione cardiaca di dilatazione di stomaco, anche delle ptosi viscerali. Si va sempre alla ricerca delle cause meccaniche e non le si trovano, ciò che avea già fatto dire a Grisolle « certe cavità del corpo si dilatano, senza ostacolo anteriore ed in modo spontaneo ». Infatti si vedono le donne incinte affette da emorroidi e da grosse dilatazioni varicose delle membra sulla fine della gravidanza; tutto ciò è meccanico e scompare dopo il parto, come dopo l'ablazione di un grosso tumore addominale: tutto scompare a meno che le malate non si trovino nelle condizioni speciali di cui stiamo parlando.

La simultaneità adunque di queste differenti affezioni in uno stesso individuo non trova una ragione sufficiente in cause puramente fisiche e meccaniche; è al contrario ben più logico di supporre che esiste una causa prima generale predisponente il soggetto a dilatarsi in tal guisa.

Questa causa prima è l'*astenia del tessuto congiuntivo,* caratterizzata da una insufficienza della sua resistenza e della sua inestensibilità. Essa rende conto dell'esistenza nello stesso soggetto di ptosi viscerali, di ernie, di varici, di enfisema polmonare e di dilatazione dello stomaco. Tale astenia è *congenita* od *acquisita.* In quest'ultimo caso si vede spesso sopraggiungere in seguito a malattie infettive, specie all'influenza, ed è così che delle viscero-ptosi, delle ernie, delle varici, delle dilatazioni gastriche od an-

che cardiache e certe neurastenie non hanno altra origine.

L'astenia del tessuto congiuntivo è il più delle volte congenita e procede quasi sempre dalla diatesi artritica, caratterizzata, come Cazaiis l'ha ben dimostrato in due memorie successive nel 1891 e nel 1895, da una specie di « predisposizione del tessuto congiuntivo ad una debolezza o ad una irritabilità speciale, predisposizione che fa di esso, specie di laboratorio della vita in cui si svolgono tutti gli scambi organici, un luogo di minore resistenza ciò che spiega in questa diatesi la frequenza tutta particolare delle infiammazioni, delle proliferazioni o dei rilasciamenti di questo tessuto ». Concetti non nuovi, del resto, per i francesi (Legrout, Heulz), decisamente accolti di recente anche dall'Huchard, là dove sostiene l'importanza dell'*astenia* del tessuto connettivo nei riguardi delle ernie, delle varici, dell'enfisema polmonare, della gastrectasia, delle ptosi viscerali; argomento altrettanto trascurato, di solito, quanto attraente nello studio fisiopatologico della costituzione. Ma la indagine su questo punto non equivale per noi, si noti, allo studio completo di una particolare costituzione in sè e per sè: questo dell'astenia del connettivo è solo uno degli altri Enti, o un elemento che dir si voglia, di tutto uno stato costituzionale. E uno degli elementi di una costituzione, per quanto importante esso sia, non può bastare a definirla in linea scientifica.

Da queste osservazioni risulta che il cambiamento di posizione degli organi addominali non ha il suo punto d'origine nei singoli organi, come Glé-

nard ha ritenuto per il colon, e Landau e Kuttner per il fegato, ma ch' esso ha il suo fondamento in un'anomalia di costituzione che si caratterizza per il fatto che il corpo in seguito a rilassatezza di tutto l'elemento connettivale prende una nuova posizione di equilibrio.

La rilassatezza del connettivo e specie della cute, come caratteristica di un'anomalia di costituzione, la troviamo già citata presso vecchi scrittori di medicina; Soranus p. es. designa queste donne « di fibra rilassata » e affatto inadatte all' ufficio di madri.

Quest' anomalia di costituzione può già manifestarsi nella giovane età: ed in questo caso può da sè sola dare spiegazione del quadro clinico dell' enteroptosi. Negli altri casi, a completa interpretazione del quadro clinico, è da invocare una quantità di momenti etiologici, e con ciò noi veniamo nel dominio di quelli stati morbosi che finora vennero accettati come sola causa dell' enteroptosi, ma che invece altri autori ritennero come semplice causalità di una supposta disposizione, chiamata come degenerazione ereditaria. Per es. Legry la denomina *diatesi ptosica.* Solamente Tuffier spiega questa disposizione come rilassatezza generale. Però nulla guadagna con questa definizione l'opinione circa l'essenza del quadro morboso, perchè Tuffier tiene ancora alla vecchia idea che gli organi dell'addome siano asseti ai loro legamenti e solamente comincino a migrare quando il loro apparato di sostegno partecipi della generale rilassatezza. Egli nomina questo stato « inferiorità fisiologica dei tessuti » di cui una manifestazione è l' enteroptosi. Dal Tuffier si trova anche

menzionata la combinazione col piede piatto: però egli parla anche di una esagerazione delle curvature della colonna vertebrale ch'egli riferisce ad una debolezza della musculatura del dorso.

Tra i fattori adunque abitualmente segnalati per la loro influenza adiuvante nella genesi delle ptosi, ve ne ha uno che merita di esser tenuto particolarmente in conto; la distrofia da cui sono colpiti non solamente il torace e le pareti addominali, ma tutti i tessuti dell'organismo dei soggetti affetti da ptoso — dalla loro colonna vertebrale curva fino ai loro piedi abitualmente piatti — sia che questa distrofia sia ereditaria e favorita da qualche tara degli ascendenti, sia che sia acquisita.

Relazione tra enteroptosi e nevrosismo

D'altronde la distrofia somatica sembra dipendere da una distrofia d'un ordine più elevato; in questi ammalati apatici, torpidi, d'una rassegnazione qualche volta eccessiva il sistema nervoso sembra possedere una tonicità inferiore ed è in questo vizio trofo-neurotico che risiederà la causa iniziale di tutti i disordini.

Lo Smith, e con lui molti altri autori, ha notato che il rene mobile si trova generalmente nelle persone nevropatiche; per la lassezza dei legamenti si possono avere altre condizioni analoghe negli individui nervosi come la gastroptosi, l'epatoptosi e l'enteroptosi in generale. Queste condizioni se si tro-

vano negli uomini e nelle nullipare parlano a favore di una costituzione nevropatica. Altre condizioni analoghe sono il cuore mobile, i dislocamenti uterini nelle nullipare, l'incurvamento della colonna vertebrale, il ginocchio valgo, il piede piatto, e, fino ad un certo punto il varicocele. Tutti questi fenomeni riconoscono due condizioni essenziali: la lassezza dei legamenti ed il nevrosismo. L'una e l'altra causa trovano una ragione nella degenerazione famigliare. [1] S'intende per famiglia degenerata quella in cui si ha una maniera imperfetta di eredità la quale si dimostra con una perdita progressiva delle caratteristiche proprie della razza, anatomiche fisiologiche e psichiche. Le deficienze nella sfera anatomica si manifestano come deformità a carico del capo, della faccia e delle mani. Fra i difetti fisiologici più comuni sono i disordini del metabolismo e l'instabilità vasomotrice. Il più importante è senza dubbio la diminuzione del potere sessuale o generativo, che conduce poi all'estinzione della famiglia. Le anormalità psichiche sono costituite dall'impulsività, irritabilità, suggestionabilità ed una certa tendenza alle ossessioni ai tic, alle fibie. La degenerazione è il substrato su cui si sviluppano le neurosi, alcune psicosi, ed alcune malattie organiche del sistema nervoso, e che predispone ad alcune malattie di altri sistemi ed alle malattie generali.

Secondo lo Smith, quando si parla di nevrastenia, bisogna distinguere una *nevrastenia maior* ed una *minor*.

Egli distingue col nome di nevrastenia maior,

---

(1) Ch. Fiéré: « La famille nevrophatique ».

una malattia dell' uomo adulto, caratterizzata principalmente da un senso di dolore o di pena al capo od alla colonna vertebrale, da debolezza, insonnia, stipsi, depressione mentale.

Per nevrastenia minor intende invece uno stato di affaticamento cronico, congenito, i cui sintomi si manifestano dall'infanzia all'adoloscenza: si tratta dei così detti « nati fiacchi ». (È utile accennare che la nevrastenia maior si manifesta specialmente negli individui che appartengono a questa categoria).

Ora la nevrosi particolare che accompagna il rene mobile e le altre condizioni inanzi riferite, entrano nel perimetro della nevrastenia minor, la quale costituisce una sindrome di degenerazione. Si tratta qui di debolezza congenita dell' azione nervosa con stentata riparazione dell' affaticamento.

La causa immediata del rene mobile e dell' enteroptosi si fa difendere comunemente da diminuzione della pressione intraaddominale per mancanza di tono nei muscoli della parete addominale; questa è certamente una causa importantissima per cui possono aversi dei disloccamenti uterinio anche nelle nullipare. Oltre a ciò è assai probabile che la scoliosi il piedepiatto ed il ginocchio valgo sieno dovuti in molti casi all'ipotonia dei vari muscoli. Così il varicocele è dovuto principalmente ad una malformazione delle vene spermatiche, ma è causato in parte probabilmente dalla lassezza del cordone spermatico e dello scroto, la quale dipende a sua volta da mancanza di tono nel cremastere e nelle fibre muscolari liscie del dartos. L' ipotonia muscolare dunque è la causa di tutte queste condizioni ora

esaminate, e quest' ipotonia muscolare è un sintomo comune di degenerazione, perchè si trova con speciale frequenza nella nevrastenia minor. Ma con questa mancanza di tono si associa probabilmente un' altra causa, altrimenti non potremmo comprendere perchè l'enteroptosi non fosse sempre generale. Cazalis ed Hanot ritennero che gli artritici hanno una speciale predisposizione a questa condizione patologica per una tendenza congenita alla proliferazione del tessuto connettivo: essendo frequente l' associazione fra la diatesi artritica e la nevrastenia, è probabile che questa condizione, come la maggior parte delle anormalità congenite, costituisca una stigmata di degenerazione. Si comprende agevolmente che esistendo una proliferazione abbondante di connettivo aumenta la mobilità dei visceri e la lassezza delle articolazioni; poichè detta proliferazione può essere localizzata in questo o quel viscere si spiega come un' ipotonia universale può dar luogo ad una ptosi particolare. La connessione adunque tra lassezza dei legamenti e nevrosismo sta in questo: che ambedue sono sintomi di degenerazione.

Osservazioni sulla costituz. del torace e del ventre nell'enteroptosi quale fattore patogenetico

Nella genesi dell' enteroptosi la parte più importante spetta al torace.

Ed è con compiacenza, ch' io, accingendomi a studiare questo argomento, lessi una bella, recente

e completa monografia del Mathes, nella quale a proposito dell'etiologia di questa malattia si parla di un *habitus enteroptoticus* avente una grande analogia coll'*habitus phtisicus;* si tratta cioè ampiamente questa malattia mettendola in rapporti patogenetici colla costituzione individuale. Dissi con compiacenza, perchè l'autore, pure non facendo alcun accenno (com'è, del resto abitudine tra i dotti d'oltr'alpi) agli studi iniziati da molto tempo e stabiliti ormai in dottrina irrefutabile dal De Giovanni in Italia, ha reso egualmente omaggio al mio grande Maestro, (che da molti anni a questa parte va illustrando e predicando, nei riguardi dell'enteroptosi, il rapporto fra errata morfologia esterna e viziatura viscerale) lasciando trasparire dalla sua memoria, ricchissima di bibliografia tedesca, la fronte prima alla quale, sembrerebbe quasi si fosse ispirato.

Il De Giovanni infatti avea descritti questi soggetti, con torace lungo e stretto in basso, con angolo epigastrico acuto e con bacino largo, quali appartenenti alla prima categoria delle combinazioni morfologiche (con attributi anche della terza) dando così la più chiara e vera spiegazione della loro morbilità particolare.

Infatti alla prima combizione appartengono quegli individui i cui caratteri morfologici sono specialmente rappresentati dalla deficienza del torace, dall'addome deficiente dall'eccedenza in sviluppo degli arti inferiori e da una muscolatura scarsa. I caratteri fisiologici sono dati dall'insufficienza respiratoria, dalla bassa pressione intraaortica, dalle funzione trofiche languide, dalla pressione intravenosa relativamente

maggiore a conseguenze relative negli organi parenchimatosi, nei linfatici, nelle mucose ed infine dall'erettismo nervoso. Quelli patologici sono l'espressione di disposizioni morbose modificantisi attraverso l'età; nell'infanzia predominano i fenomeni linfatici glandolari, poscia i catarrali specialmente delle vie aeree, più tardi quelli delle vie digerenti e tutti questi fatti vengono in parte favoriti, in parte anche esagerati dalle anomalie funzionali del sistema nervoso.

La prima combinazione morfologica costituirebbe gli elementi della costituzione debole e linfatica, ma con tutte quelle varianti derivanti dalle sproporzioni morfologiche più o meno cospicue che si riferiscono alle une od alle altre parti dell'organismo. È suscettibile di modificazioni, le quali dipendono dal giuoco delle correlazioni anatomiche-fisiologiche, non che dal genere d'ambiente in cui vive l'individuo. Come è naturale, colle trasformazioni morfologiche degli individui si cambiano poi anche le morbilità.

Ebbene gli enteroptotici, specie per gli attributi che riguardano il loro torace, entrano in questa categoria. Difatti all'ispezione del loro torace troviamo molti fatti che costituiscono un serio controllo alla nostra asserzione.

I primi due spazi intercostali sono larghi, la forma complessiva del torace è cilindrica; e cioè tanto la parte che corrisponde veramente alla superficie respiratoria e che si estende fino al livello della doccia diaframmatica, tanto quella che si protende in basso, facendo da tetto alla cavità addominale, sono eguali di diametro, conservano la stessa forma cilindrica.

Altre singolarità di forma si trovano sul torace della prima combinazione; esse sono le conseguenze di anomalie di sviluppo. Tra queste notiamo esser marcata in evidenza maggiore l'*angolo del Louis*.

Alla base dell'apofisi ensiforme e intorno intorno si può osservare una depressione od una vera infossatura più o meno profonda. In alcuni casi è così profonda da costituire *il torace imbutiforme*.

Alle volte si notano anche delle coste sopranumerarie. Parlando poi della funzione del torace in questi soggetti, bisogna tener presente tutti i momenti meccanici e dinamici che entrano a comporla e quindi a modificarla. Ebbene l'espansione toracica in questi individui è breve, poco profonda: ciò si verifica specialmente nelle donne, quando, per seguire le esigenze di una falsa estetica, cominciano a serrarsi il torace in quella specie di corrazza foggiata in guisa da stringere il tronco sopra i fianchi per assottigliarlo più che è possibile. Così dentro la inelastica e robusta cintura, viene impedita l'espansione del torace, mentre tutte le viscere addominali sospinte dagli sforzi della respirazione e premute intorno intorno dalla cintura, vengono a poco a poco cacciate in basso e gravitano sugli organi della selvi.

Gli enteroptotici presentano però, oltre al carattere fondamentale morfologico originario della prima combinazione, alcune particolari morbilità dovute all'eccezionale sviluppo del ventre ed all'addattamento generale dell' organismo. Essi offrono cioè, per la sproporzione tra le due cavità — torace ed addome — gli attributi anche della terza combinazione morfologica con le attitudini morbose ad essa inerenti.

Le geniali osservazioni del De Giovanni importantissime anche per quanto si riferiscono alla medicina preventiva di tale malattia, non potevano giungere più a proposito, mentre il dibattito era vivace nelle ricerche etiologiche e patogenetiche attribuendo più o meno importanza a fattori determinanti, e trascurando affatto quelli predisponenti, congeniti nella speciale morfologia dell'individuo.

Io non starò qui a rifare (e non lo potrei, se non malamente) una rivista sommaria di tutto ciò che a tale riguardo è scolpito magistralmente nelle pagine della « morfologia del corpo umano », riserbandomi tuttavia di tornare nella questione a proposito della terapia.

Voglio invece dare un breve riassunto di ciò che scrisse il Mathes e che coincide appunto colle vedute del mio Maestro. L'autore, facendo il paragone tra le forme esterne di queste persone con quelle di soggetti normali, constata quanto segue: la testa è inclinata in avanti, il dorso è curvo, la colonna vertebrale lombare — al contrario di ciò che si ha comunemente — non offre che una leggera curvatura e la sommità dalla sua lordosi è notevolmente più bassa che allo stato normale. Le natiche sono appiattite, e ciò è dovuto all'inclinazione del bacino che è minore. Infine la direzione delle coste, per esempio quella della nona — quando si cerchi di disegnarla sulla pelle al disotto dell'ascella — si profila seguendo una direzione che tende verso la verticale. Considerato nel suo insieme il torace è debolmente sviluppato, qualche volta infantile e la respirazione poco profonda.

In questi soggetti si verificano speciali condizioni della pressione intra-addominale, che hanno grande parte nella genesi della malattia.

L'autore riproduce nei punti più importanti i rapporti dell'equilibrio intraaddominale, in chiara forma esposti da Kelling. Egli nota che allo stato normale questa pressione intraaddominale è assai variabile, ma s'allontana poco dalla pressione atmosferica, data la flessibilità dell'adome. Non così è nella cavità vicina: nella cavità pleurica infatti, la pressione è, salvo qualche caso eccezionale, costantemente negativa, grazie alla contrattilità elastica dei polmoni. In una persona sana, diritta, provvista di un buon torace, ben conformato e d'un buon polmone bene elastico, l'inspirazione determina una pressione negativa, e di ciò è facile convincersi introducendo un manometro in vagina. Questo fatto è dovuto alla specie d'aspirazione che producono il perimetro toracico, allargandosi, e l'elasticità polmonare che realizza sul diaframma una pressione negativa tanto più considerevole quanto più l'inspirazione è energica. L'inspirazione adunque esercita sopra i visceri contenuti nell'adome, un vero richiamo, che tende così a spingerli nella concavità del diaframma: se ne ha una nuova prova nell'infossamento del cavo epigastrico, allorquando avviene l'inspirazione.

L'espirazione produce il fenomeno inverso, ma controbilanciato dalla incavatura della volta diaframmatica: però nelle persone a tessuti rilassati, l'aumento della pressione intra-addominale causato dall'espirazione s'accompagna spesso alla spinta degli organi verso il piano selrico.

Nei casi di enteroptosi, il torace essendo insufficientemente sviluppato, ne risulta che il richiamo esercitato dal vuoto pleurico sugli organi addominali è più debole. Ce se ne accorge di già alla forma del ventre: in una persona bene costruita, il ventre è appena *bombé*, all'ipogastrio è quasi piatto; infatti la pressione atmosferica e l'espirazione toracica tendono a sollevare i visceri ed a riportarli verso il diaframma. Nel caso di enteroptosi, al contrario, il ventre è generalmente convesso, sopratutto all'ipogastrico, e l'inspirazione s'accompagna ad una depressione epigastrica nulla o quasi insignificante.

Questa influenza del torace nella genesi dell'enteroptosi esplica la rarità della malattia nell'uomo a confronto che nella donna. Infatti sia per la sua costituzione, sia per il suo lavoro, il torace dell'uomo si sviluppa generalmente molto meglio che quello della donna ed è sufficiente al compito che egli è devoluto.

Fattori etiologici

determinanti, adiuvanti l'enteroptosi

Prima di parlare di tutte le altre cause che possono contribuire a dare il quadro sintomatico dell'enteroptosi, cerchiamo di vedere in che rapporto il rene mobile stia coll'enteroptosi.

Ritenuto dapprincipio come unica alterazione riscontrabile delia sintomatologia dell'enteroptosi ed

anche causa unica di essa, il rene mobile dovette successivamente cedere questa parte a tutti gli organi addominali; così che noi possiamo oggi riferire i momenti etiologici del rene mobile all'enteroptosi e trattare ambedue contemporaneamente.

Certo non mancarono autori che assegnarono al rene mobile il suo proprio significato patogenetico e non vollero esclusivamente considerarlo (Senator, Gutmann) come espressione dell'enteroptosi. Tra questi è da annoverarsi in prima linea Errali che afferma i reni mobili frequenti, le enteroptosi invece rare; tra i suoi pazienti egli trovò solo nel 15 % una generale enteroptosi e nel 50-60 % il rene mobile.

Però il numero di coloro che non assegnano al rene mobile un significato indipendente è grande; Wolkow, Delitzione, Trastour, Cuilleret ed altri lo ritenevano « l'indicatore o la tellite abituale dell'enteroptosi. »

Per l'influenza dei fatti fisici sullo sviluppo dell'enteroptosi, sono oltremodo rari i casi in cui solamente i reni cominciano a migrare verso il basso: tutti i casi di rene mobile descritti nella letteratura, in cui la insorgenza viene riferita ad un tramma, permettono l'ipotesi che il tramma sia stato solamente un momento occasionale per lo sviluppo di una enteroptosi già dapprima latente. È difficile infatti il comprendere il meccanismo dell'azione sui reni di un tramma acuto o cronico (il busto) nel senso della loro mobilizzazione. E non è provato poi se queste variazioni di posizione dei reni, nel resto sani, diano per sè solo origine a disturbi.

I fatti morbosi che finora vennero invocati dagli

uni come unica causa, da altri come causa occasionale dell'insorgenza di questa malattia, si possono dividere in due grandi gruppi: in quelli che colpiscono tutto l'organismo ed in quelli che esercitano un'azione locale.

Tra i fatti morbosi che influiscono su tutto l'organismo, giuocano la parte principale le malattie esaurienti. Tuttavia l'importanza di queste non deve essere compresa tanto nel senso che diminuisca il cuscinetto adiposo, poichè individui, cui malattie infettive acute hanno condotto ai più alti gradi di emaciazione, non soffriranno mai di enteroptosi, fino a quando tutta la loro costituzione ed il naturale turgore di tutti i tessuti non abbia subito una corrispondente diminuzione. Infatti, quando sono rilassate le pareti addominali, la pressione dell'aria esterna in condizioni favorevoli può completare la loro funzione, di guisa che le pareti addominali, o in tutta la loro estensione o soltanto nella loro parte superiore, vengono ricacciate verso l'interno.

Affatto diverso è il caso in malattie croniche esaurienti, come p. es. la tubercolosi. Già da molti autori è stata richiamata l'attenzione sopra l'unione della tubercolosi polmonare col rene mobile. Quest'unione non è affatto causale: si tratta di individui i cui tessuti per la loro grande rilasattezza, cui prende parte anche il tessuto polmonare, costituiscono un favorevole terreno per lo sviluppo dei bacilli tubercolari. Non sono quindi in prima linea i colpi di tosse dei tisici che mobilizzano i reni, come Chammey e molti altri sostengono; ma la rilassatezza dell'intero organismo in questi malati è tale, che ne

sorgono sfavorevoli condizioni perchè gli organi addominali conservino il loro posto.

I poco elastici polmoni non sono in grado di tenere equilibrio alla pressione idrostatica di visceri: questi precipitano verso il basso e con essi pure il diaframma rilassato già per sè stesso in causa della strettezza dell'apertura inferiore del torace.

Infatti un'altro fattore meccanico dell'abbassamento dei visceri e particolarmente del rene, è la deformazione della volta diaframmatica. La sua convessità, in luogo di guardare presso a poco in alto, è diretta in avanti, grazie all'obliquità esagerata delle coste: ne viene di conseguenza che il fegato e la milza scivolano in avanti e che i reni, privi dell'unione che li lega a questi due organi, divengono più liberi d'obbedire a tutte le influenze che favoriscono il loro abbassamento.

Su questo comportarsi del diaframma nell'enteroptosi ha specialmente Quincke richiamata l'attenzione in questi ultimi tempi.

Quando poi questi polmoni, per l'estendersi dell'infiltrazione tubercolare, perdono ancora della loro elasticità e lo stato generale viene sfavorevolmente influenzato dalla malattia, può allora tanto più rendersi manifesta l'enteroptosi, rimasta forse fino allora latente.

Accanto alla consunzione generale è di speciale importanza la locale scomparsa di grasso nelle capsule adipose dei reni.

La dottrina dell'insufficienza delle pareti addominali (Le Gendre, Glénard ed altri) ha ricevuto una conferma sperimentale dalle ricerche di Wolkow e Delitzin.

Questi sperimentatori poterono osservare, dopo aver assottigliata la parete addominale in un preparato anatomico, che gli organi addominali prendevano una posizione più bassa di prima. Non si può però, data la differenza che passa tra vivo e morto, dare un valore significativo a queste esperienze, e nè quindi inferire da codeste ricerche che *in vivo* la flosciezza delle pareti addominali sia decisiva perchè gli organi conservino o no la loro sede.

Alla gravidanza fu per lungo tempo assegnata tanta importanza nell'insorgenza del rene mobile (Rayer), che non si menzionò o si considerò come grande rarità la presenza di queste alterazioni nelle nullipare. Ma dopo che venne noto da parecchie statistiche di Kuttner, Aprïller-Warneck, Lindner, ecc., che questa sofferenza colpisce tanto frequentemente nullipare come donne che hanno partorito, la gravidanza come momento etiologico ha perduto notevolmente in importanza.

Con tutto ciò essa favorisce in molti casi l'insorgenza della malattia in individui predisposti, non solamente in causa di deleterie influenze sull'elasticità della parete addominale, ma perchè in molte donne con abito enteroptotico la gravidanza, accompagnata spesso da vomito, mancanza d'appetito, stipsi e disturbi nervosi, il parto stesso, il puerperio — specie quello febbrile — e l'allattamento intrapreso anzitempo, hanno sul loro debole organismo esigenze cui questo non è per natura adatto.

Le dannose conseguenze per l'organismo si manifestano in triplice maniera, in quanto che vengono colpite la costituzione in generale, il sistema nervoso

e localmente, le pareti addominali. Dopo il puerperio possono ricostituirsi in maggior o minor tempo i rapporti che esistevano durante lo stato di salute, ma non è affatto escluso che dopo il prossimo parto ricompaia nella stessa guisa la stessa sintomatologia.

Come per l'utero gravido, così pure vennero, solamente per analogia, incolpati come causa di insorgenza dell'enteroptosi e del rene mobile grandi tumori del ventre. Ma però si è veduto in donne operate di laparatomia per grandi cisti ovariche, che non esisteva nessuna alterazione di posizione dei reni o di altri organi addominali. D'altra parte sì grandi tumori spingono il torace in posizione inspiratoria di alto grado: se queste donne divengono vecchie e le cisti vengono portate lungo tempo, succede che le coste rimangono in questa posizione elevata anche dopo l'ablazione. Epperciò una tale cisti potrebbe guarire una esistente enteroptosi, trasformando essa il torace da mobile e cadente in fissato ed innalzato.

Venne molto vivacemente discussa l'azione del busto e dei legacci delle vesti sopra la posizione degli organi addominali.

Cruveilhier fu il primo che cercò di provare i danni di questa secolare pazzia della moda. A lui seguirono specialmente inglesi ed americani (Kelloy e Dickinson). Per quanto oggi si ritengano più giustificati questi sforzi dal punto di vista estetico, senza dubbio fu allora giudicata troppo grande la dannosa influenza di questa moda. Contro questa esagerata paura delle conseguenze del busto, qualche autore ha espresso l'opinione che un busto bene adattato impedisce più che favorire la migrazione dei reni,

Questa dottrina fu modificata con ragione da Wolkorr e Delitzin nel senso che, quando la costrizione è forte, il rene è impedito da parte del busto di sorpassare lo stretto fino a quando il busto viene portato, ma che con ciò il busto esercita una sfavorevole influenza sopra la costruzione anatomica della nicchia renale, perchè esso colla sua pressione la rende pianeggiante e meno adatta ad accogliere il rene.

Altrimenti si comporta lo stomaco, le cui parti distali facilmente possono sfuggire in basso attraverso la struttura del busto, se tutto l'organo è soggetto alla pressione del busto. È indubbia poi l'azione dannosa del busto, se questo viene posto troppo alto.

Affatto diversa è l'azione del busto secondo che si tratta di un individuo con torace robusto e bene costruito o di un individuo con torace debole e rilassato.

In quanto ai primi si deve dar ragione a Landau quando egli nega la possibilità che il busto possa deformare talmente il torace da esercitare un'influenza considerevole sulla posizione degli organi addominali ed in modo speciale dei reni. Hertz diede una completa descrizione anatomica delle alterazioni che gli organi addominali subiscono sotto l'influenza della pressione del busto.

Egli osservò che in alcuni cadaveri il fegato era situato molto in alto ed avea solamente piccolo sviluppo nella direzione verticale (fegato corto, premuto in su); in altri, il fegato giungeva in basso nella cavità addominale e avea nelle sue parti inferiori un

solco più o meno profondo (fegato largo, ribattuto all'ingiù).

Queste due forme anatomiche corrispondono perfettamente al concetto sopra espresso sull'azione costrittiva del busto; la prima forma si trova in individui a torace robusto ed innalzato, la seconda nel torace paralitico.

Contro tutti quelli che considerano lo stringersi del busto come causa primaria dell'enteroptosi, potrebbe aver ragione Landau, colla sua affermazione che il busto di per sè solo non è in grado di causare quella sintomatologia che fu addotta in relazione coll'esistenza del rene mobile.

Devesi adunque comprendere l'azione del busto su un torace insufficiente in questo senso, che cioè, sotto la pressione del busto, l'apertura inferiore del torace subisce una maggiore o minore riduzione, e che le coste, già di per sè decorrenti molto obliquamente, vengono con ciò sempre più costrette ad avvicinarsi alla direzione verticale.

L'immediata conseguenza di questa riduzione è un rilasciamento del diaframma, i cui punti d'inser zione periferici si avvicinano l'un l'altro.

Dipenderà tutto dalla costituzione dell'individuo la parte dalla quale il diaframma si spingerà. Dalle radiografie si vede che il diaframma in alcune donne, dopo che hanno indossato il busto, si foggia a cupola. Questo è merito dei polmoni che, in individui robusti, sono in grado di distendere verso l'alto il diaframma e, naturalmente, in questi individui gli organi addominali devono seguire il diaframma verso l'alto. Al contrario qualche autore ha osservato che

in seguito al busto il diaframma si abbassa; la ragione di questo contrasto sta nel materiale su cui questi autori hanno eseguite le loro osservazioni. Infatti le pazienti erano affette da enteroptosi; e perciò non ci si deve stupire che l'aspirazione idrostatica dei visceri addominali sia stata più forte che non l'aspirazione elastica dei polmoni.

L'influenza di cinture o legacci molto stretti è quella stessa del busto e forse ancor più dannosa, perchè il solco di costrizione cade in una posizione dell'addome molto più alta che non il punto più ristretto del busto. Il solco di costrizione è situato particolarmente alto nelle donne enteroptotiche, nelle quali l'eventuale aspirazione polmonare sotto l'arco catastale e la concavità del ventre che si forma al di sotto di esso, invitano appunto a fissare le vesti in questo posto.

Il peso delle vesti, alle volte non piccolo, in questi casi non riposa, come nelle donne ben conformate, sulle creste iliache, ma viene portato dal ventre; l'aspirazione idrostatica dei visceri viene dunque aumentata di tutto il peso delle vesti e si riflette in forte misura sull'elasticità delle pareti addominali e sulla forza aspiratoria dei polmoni.

Le suddette considerazioni ci autorizzano ad associarci all'opinione di coloro che assegnano solamente un'importanza adiuvante od occasionale ai summenzionati fattori, che conducono allo sviluppo del quadro morboso dell'enteroptosi solo in quelli individui, la cui costituzione ha una deviazione dal tipo normale in un determinato senso.

Quest'anomalia di costituzione ha la sua espres-

sione nell'*habitus phtisicus,* di cui la caratteristica essenziale è il deficiente sviluppo o la funzionale insufficienza del torace.

Havvi ancora un'alterazione che rende riconoscibile questo *habitus* in molti casi, e che dal Montenuis ed altri autori fu trovata caratteristica dell'enteroptosi. È questa l'espressione infantile del riso, la quale risalta specialmente in quelli ammalati nei quali non si può invocare alcuno dei suddetti momenti etiologici per l'insorgenza della malattia; in quell'individuo, cioè affetti da enteroptosi primaria, congenita.

L'espressione infantile del viso è per il nostro occhio, che non è educato nel giudizio delle forme del corpo, la parte che più risalta dell'espressione infantile di tutto l'organismo, riconoscibile certamente con più raffinato esercizio.

In questi individui noi troviamo un torace esile, una lordosi lombare molto poco marcata, un'addome fortemente prominente e la IX costa decorrente in direzione molto obliqua (quasi verticale).

Queste idee stanno certamente in contrasto colle asserzioni di molti autori che l'Enteroptosi nell'età infantile venga riscontrata rarissime volte. Ciò dipende forse dal fatto che la malattia nei bambini non viene sospettata, riconosciuta. In ogni modo si deve nei bambini fare una netta distinzione tra il quadro anatomico e quello clinico dell'enteroptosi.

Rosengart ha ricercato in un grande numero di cadaveri di bambini e di feti la situazione degli organi addominali, ed ha trovato che questi nel loro insieme stanno assai più profondamente che non in individui adulti.

Egli riassume le sue osservazioni nelle seguenti parole: « che noi nell'enteroptosi abbiamo a che fare con una situazione dei visceri addominali che, nelle parti caratteristiche del suo insieme, ha avuto il suo massimo sviluppo nell'organismo fetale.

Il rene destro giace per più di un terzo dell'organo nella fitta iliaca destra. Nel successivo sviluppo gli organi intraprendono la loro migrazione verso l'insù, migrazione che essi poi fanno a direzione contraria quando subentra l'enteroptosi ».

E perciò Rosengart designa l'enteroptosi o come un arresto in un grado infantile o come un ritorno a questo.

Potrebbe senza dubbio esser giunta l'idea che il torace solo in età adulta subisca quello sviluppo e quei cambiamenti che devono esser ritenuti come condizione essenziale perchè gli organi addominali conservino la loro situazione. Che come substrato dell'enteroptosi stia una predisposizione costituzionale risulta anche dalle osservazioni di Meinert, fatte su ragazze le quali subirono un troppo rapido sviluppo. Esse erano clorotiche già nel tempo della loro ammissione alla scuola, o lo divennero poco dopo: in quasi tutte poi avea trovato una gastroptosi, ch'egli ritiene sufficiente per poter far diagnosi d'enteroptosi.

Questi risultati della sua osservazione lo rinforzano nell'opinione acquistata da una esperienza di molti anni, *che la coincidenza di clorosi ed enteroptosi sia costante e non casuale.* D'altra parte egli non potè mai in ragazze con posizione normale dello stomaco, trovare nell'anamnesi punti d'appoggio per l'ipotesi di una clorosi eventualmente esistita.

Alcuni autori negano la relazione tra clorosi e gastroptosi, (Brüggemann, « Ueber den Tiefstand des Magens bei Ckeorose » Bonn, 1895; Leo, « Ueber Gastroptose und Chlorose-Deutsche und. Wsahr, 1896, N. 12, n. 19). (Meltzing-Gastroptose und Chlorose - Wiener und. Presse 1895, N. 30) ammettendo che l'anormale abbassamento del limite inferiore dello stomaco, che si trova nella clorosi, é la conseguenza dell'atonia della parete dello stomaco prodotta dalla malata qualità di sangue e non conseguenza della gastroptosi.

Non è piccolo però il numero degli autori che possono confermare l'affermazione di Meinert, Rose, Strauss ed altri ritengono ad esempio la clorosi non come conseguenza della gastroptosi, ma come l'espressione di una costituzionale anomalia, la quale le ha preparato contemporaneamente il terreno alla clorosi ed alle condizioni per la produzione della gastroptosi. Se si confronta poi la sintomatologia della clorosi con quella dell'enteroptosi, ritroviamo una grande rassomiglianza tra queste, che è davvero difficile non ritenerle identiche. Sarebbe da concepire la clorosi come un'alterazione dell'ematopoiesi, appartenente in modo speciale a quelle anomalie di costituzione che si conoscono per *habitus enteroptoticus;* però può essere pienamente sviluppate la clorosi e non l'enteroptosi, ed altre volte invece esser poco o nulla alterata l'ematopoiesi mentre c'è in alto grado cangiamento di posizione degli orfani addominali.

Sintomatologia

Quando è indubbio che l'enteroptosi corrisponde ad un quadro tipico anatomico, allora si può parlare di un quadro sintomatologico ben delineato.

Non è però da meravigliarsi che una anomalia, la quale porta a variazioni della posizione e della funzione di quasi tutti gli organi addominali, che viene espressa da una insufficienza del torace e che prende in compassione il sistema nervoso ed in una parola tutta la costituzione dell'organismo, conduca ad un si gran numero di sintomi, che è difficile di mettere in rilievo una sintomatologia caratteristica di questa malattia.

Il quadro nosologico viene modificato per le varie partecipazioni dei singoli organi.

Glinard dà una classica descrizione dei disturbi che hanno a soffrire le donne enteroptotiche: la riproduco testualmente:

« Voici une jenne femme d'una trentaine d'an-
» náes, le teint pâle, un peu jannâtre, maigre, pa-
» raissant triste. A notre premiére question, elle
» rasand qui elle se plaint de tout, souffre " de par-
» tout ,,, ne sait pas ón commencer. Du reste, sa
» memoire a diminué, ebbe a feire à finer son atten-
» tion, ne sunt s'appliquer à rien, est irritable, pleur
» pour la moindre contrariété, ses enfants qu'elle
» adore, lui sont difficiles à supporter. Elle ne dort
» pas, ne pent pas se traîner, est tonjours Casse,
» faible éprouré des sensations de délabrement, de

» défaillance, de tiraillement, d'une sorte de malaise
» "entre l'estomac et le ventre,, de fausse faim; se
» se plaint de palpitations de coeur, de vertiges, de
» bourdomaments d'orcille, de constriction à la gorge,
» d'oppression. Lorsque' elle a fris ses repas, et, quoi
» quo' elle mange, mille malaises surviement: gon-
» flement, eructations, aigreurs, brûlure, maux d'estó-
» mac, pesanteurs, lourdeurs, sonnolence; ce sont
» parfois dei crampes, des crises trés douloureuses,
» tantôs à l'estomac, tantôt au côté droit; elle ne
» peut supposter la móurdre pression de l'abdomen.
» Elle souffre aussi de névralgies, de douleurs dans
» le ventre, dans le côtés, dans le flancs. Les régles
» sont réguliéres, peu abondantes, mais elle a des
» pertes blanches, dej maux de reins, de la faiblesse
» de reins; elle ne va jamais à la selle sans lare-
» ment et ses déjutions sont peu abondantes, étroites
» ou sous forme de billes souvent grisâtres, parfois
» accompagnées de glaires ou de membranes; de
» les urines sout habituel lement claires, elles se
» troublent lorsqu' elle a des crises; Son appetit est
» conservé mais c'est plutôt un besoin de frendre,
» una sensation de creux, de ride à l'estomaç. »

Tra i sintomi soggettivi dei pazienti affetti d'enteroptosi in ordine di frequenza devonsi notare: i dolori addominali, l'incapacità al lavoro ed al cammino, la stipsi ostinata, l'insonnia, l'appetito morboso ed i disturbi gastrici.

Sopratutto il sintoma dolore, in molte delle sue forme variamente intenso, è frequente e pressochè costante. Talvolta si tratta solo d'una facile stanchezza e d'un certo senso di peso nella cavità ad-

dominale e nei muscoli del dorso per cui l'ammalato sta in piedi e cammina a disagio, e si siede e si corica volentieri.

Altre volte il dolore non manca neppure nel decubito orizzontale, ed è localizzato in corrispondenza della regione epatica o della regione splenica, ed il paziente allora, decombendo nel letto, assume quelle posizioni speciali, le quali, come l'esperienza gli ha insegnato, valgono a togliere il dolore od almeno a renderlo tollerabile. Qualche volta i pazienti si lagnano di vere crisi dolorose che si manifestano improvvisamente e senza causa apprezzabile e che, pel modo d'insorgenza e per l'andamento, possono far pensare ad accessi di colica epatica o di colica nefritica. Non mancano talora i vomiti, la tinta subitterica ed anche la vera iterizia.

Altre volte gli ammalati sono incapaci di camminare; dopo alcuni passi incomincia un senso di peso e di stiramento endo-addominale che va rapidamente assumendo l'intensità di dolore, sopratutto in corrispondenza delle regioni ipocondriache. Il dolore è a tipo continuo, lacerante ed il paziente è obbligato a sedersi od a gettarsi sul letto; i calzoni o le sottane che stringono ai fianchi sono intollerabili.

Dopo qualche momento di riposo, quando l'individuo si mette a sedere od in decubito supino, il dolore cessa per poi riprendere con intensità ognor cresente quando ritorni alla posizione eretta e si metta a camminare. I pazienti stessi intuiscono che, stringendo il ventre colle mani, risentono un notevole sollievo; ma il movimento ch'essi fanno non è

di strettura, ma un movimento di sollevamento dell'adome dal basso all'alto.

Questo stato determina in essi una grave depressione morale. Temono di stare in piedi e di camminare, sembrando loro che il contenuto addominale si abbassi e fuoriesca: schivano i bruschi movimenti e le fate che più lievi, evitano cambiamenti di posizione quando stanno a letto, giustificano pienamente insomma il nome loro dato da Trastour e Montenuis di « déséquilibrés du ventre ». Ma i disturbi maggiori si hanno da parte dell'apparato digerente. Stifler, Kumpf, Meinert Frickhinger, Boas, Bial, Kelling, ecc. rimarcano che in quasi tutti i casi di enteroptosi si ha nausea, vomito insistente stipsi, tutti fatti patologici riguardanti particolarmente il tubo gastro enterico; perciò è spiegabile perchè così spesso si presenta il quadro della « dispepsia nervosa » (Clemm, Rose, Stiller) Roservater ha osservato disturbi di stomaco, diarree, nevralgie, cefalee, insonnia, nevrastenia, sofferenze cardiache, che dipendono spesso dall'enteroptosi, più spesso di quello che si possa supporre.

Kullreuther conta come sintomi dell'enteroptosi i seguenti: generale cronica debolezza, spingimenti verso il basso, stanchezza, abbattimento, vertigini, senso di oppressione al capo, svenimenti, dolori alla regione lombare, malessere generale, dolori in uno od abedue gli ipocondri, difficoltà di respiro, colori improvvisi.

Da parte del tubo gastro-intestinale egli constata: Anoressia, insufficienza dello stomaco, senso di sazietà, di riempimento, di peso e di pressione

allo stomaco, (specie dopo i pasti); sforzi di vomito, vomito mattutino, spesso vomito costante dopo ogni pasto, unito ad eruttazioni, pirosi, scialorrea; gonfiamento, rumore di guazzamento nello stomaco, senso di oppressione all'epigastrio, in fine costipazione; la quale spesso domina tutto il quadro sintomatologico.

La stitichezza alle volte è ostinatissima: i purganti salini più energici, quelli oleosi, dosi vibranti di casiara sagrada e podofillino riescono alle volte inefficaci. Alla stipsi segue talvolta, alternandosi poi, la diarrea.

Un sintomo importantissimo, e che può far pensare ad una stenosi dell'intestino, consiste nei dolori localizzati in un determinato punto dell'addome, punto che può variare. Quando la sede di questi dolori è fissa, essi si ridestano in un momento più o meno lontano dal pasto, cioè nel momento in cui la massa alimentare deve superare un punto dell'intestino, che, per compressione o per trazione, forma un angolo più o meno acuto.

Non raramente i pazienti sono risvegliati da questi accessi dolorosi durante la notte, ed indicano anche con sufficiente esattezza a quale distanza di tempo dal pasto si ridesta l'accesso doloroso.

I dolori sono accompagnati da palpitazioni di cuore, da nevralgie toraciche, da accessi febbrili, da congestione del volto.

È importante notare che l'enteroptosi comincia colle apparenze d'una dispepsia atonica, perchè in questi soggetti deboli, anemici, clorotici affetti da gastroptosi, si costituisce una notevole e durevole

insufficienza gastrica. Si stabiliscono tutti i fenomeni del catarro gastro-enterico, ma si fanno evidenti anche i più svariati disturbi nervosi. Le manifestazioni dell'enteroptosi si confondono allora con quelle della clorosi, della debolezza generale, del nervosismo e tutte insieme vengono attribuite per lo più all'anemia costante, o quasi, è il dimagramento che si va man mano accentuando e progredisce insieme alla debolezza.

Nella maggior parte degli autori questa manifestazione fu riportata alle turbe del tubo gastro-enterico ed alla mancanza d'appetito. Se il dimagramento è una semplice conseguenza dell'alterazione nutritiva che produce l'enteroptosi, è certo che, per sè solo, rappresenta una conseguenza grave tendendo per propria parte a far aggravare la malattia che lo determina ed a diminuire ed a togliere la resistenza organica per le forme morbose eventualmente intercorrenti.

L'organismo si infiacchisce per la nutrizione insufficiente, il ricambio materiale si fa a spese delle sostanze dei tessuti, e specialmente vi partecipa il grasso addominale. La scomparsa del grasso intraaddominale ha le stesse conseguenze dell'indebolimento delle pareti del ventre. Manca ugualmente il sostegno alla coesione ed alla fissità dei visceri addominali, i quali devono essere ora sostenuti dai soli legamenti, che facilmente possono cedere.

Fra i sintomi soggettivi sono notevoli e quasi caratteristici dell'enteroptosi, l'intolleranza per il latte e per il vino, anche se piacevoli al gusto e graditi. Sentono i pazienti il bisogno di mangiare frequen-

temente e talora anche durante la notte. L'insonnia può essere ostinata e ribelle, tanto da impensierire l'ammalato e da far tentare inutilmente molti rimedi. L'enteroptosi causa delle turbe nel sistema nervoso. Langherans ritiene questa malattia per la più frequente causa della nevrastenia ed isteria intestinale. Schwerdt [1] ha spiegato in un importante suo lavoro che il nome di enteroptosi è solo una sintomatica designazione della vera malattia. La ptosi degli intestini non ha la parte più importante in questa malattia. L'essenza dell'enteroptosi consiste in un rilasciamento di tutto il sistema nervoso, in un cronico affaticamento. Essa è una malattia che attacca tutte le funzioni, una neurosi funzionale, la quale non solo agisce sulla sfera motoria, ma anche sulla sensitiva e vegetativa.

Ai primari disturbi del sistema nervoso si aggiungono ancora quelli che derivano da un'autointossicazione.

Alla fine si arriva anche ad una paralisi della pelle, che nell'enteroptosi fa un aumentato lavoro, vicariante e compensativo.

L'autore distingue 3 stadî di malattia, che sono:

I stadio: aumento della debolezza muscolare, sensazioni multiple, dimagramento, anemia. Obbiettivamente è solo dimostrata una diminuzione di peso, forse anche una diminuzione dell'energia fisica e della pressione intraaddominale.

II stadio: pronunciatasi l'enteroptosi, i singoli organi addominali non occupano più la loro posizione;

---

(1) Schwerdt: Beiträge Zur Aetiologie - Symptomatologie und Therapie der Kraukheit Enteroptose, Basedorr. Mixödem - Sklerosierunde - Jena, 1897.

si ha neurosi dell'apparato digestivo, gravi autointossicazioni.

Per compensazione la malattia può arrestarsi al al I e II stadio. Tali compensazioni sono: ipertrofia della muscolatura del tubo gastro-enterico e degli altri muscoli del cono addominale, e aumentato lavoro delle ghiandole della pelle.

III stadio: Il terzo stadio si ha quando queste compensazioni vengono a mancare o quando si ha una paralisi funzionale della pelle, o la saturazione dell'organismo in sostanze tossiche, perdita generale delle forze fisiche.

L'autore suppone che il morbo di Basedoro e l'enteroptosi abbiano un'intima relazione ed infine anche il miscoedema e la sclerodermia siano altri della malattia.

Non meno importanti dei sintomi subbiettivi sono quelli obbiettivi. Anzitutto la diminuzione di peso del paziente per il dimagramento, le cui traccie sono bene evidenti nella fisionomia. L'ispezione generale ci fa notare subito che gli enteroptotici sono in generale magri o dimagrati, pallidi, con fisionomia stanca ed affaticata, Occhiaie profonde sono scavate intorno ai loro occhi, ed i tratti del viso sono flacidi e cascanti. Un fatto colpisce l'osservatore ed è l'incurvamento delle spalle in avanti, al raccorciamento la flessione quasi della colonna vertebrale. L'assenza di equilibrio intraaddominale, risultante dall'influenza dell'aspirazione toracica ha per effetto lo stiramento dei diversi *meso* che sostengono i visceri o gli organi, da cui i dolori e l'*habitus* caratteristico del paziente.

È per attenuare questo stiramento che essi inconsciamente sollevano il loro bacino, ch' essi incurvano la loro colonna vertebrale, ch'essi diminuiscono le profondità delle loro inspirazioni; ciò facendo essi ravvicinano al loro punto d' inserzione gli organi e diminuiscono in una certa misura le trazioni dolorose. La lingua è di solito poco impaniata anche quando i disturbi dispeptici sono ostinati. Alito fetido e grave la stipsi.

L' ispezione del torace ci dimostra essere questo stretto, lungo, leggermente piatto, ad angolo epigastrico acuto, con coste decorrenti molto obliquamente e la X costa fluttuante. Il torace dunque di molti tisici, quello della I combinazione morfologica del De Giovanni.

Addome della III combinaz. morfologica

L' ispezione dell'addome nota l'ampiezza di questo e la sua sporgenza specie dell' ombellico alla sinfisi pubica (addome pendulo). La parete addominale è flaccida, raccolta talora in pieghe trasversali sopra e sotto l'ombellico e ricca di adipe sottocutaneo. Se il paziente si trova nella stazione eretta si vede questa parete adiposa ed abbandonata cadere passivamente sulla parte inferiore delle coscie, mentre invece se la parete è liscia, senza pieghe, sottile, si rigonfia prontamente conferendo alla regione sottoombellicale un aspetto più o meno globoso.

Nella stazione eretta, l' ombellico nasconde tal-

volta la metà inferiore del suo orificio sotto una ripiegatura cutanea formata dalla sua metà superiore per la trazione che il fegato spostato esercita sull'ombellico stesso dall'alto al basso.

La palpazione dell'addome rivela come gli ipocondri siano dolenti, e come la palpazione riesca facile, perchè la parete non oppone alla mano esploratrice resistenza alcuna..

Lo stomaco si riscontra abbassato; il tenue, sfuggendo alla mano, permette che questa si approfondi fino alla colonna vertebrale.

Il cieco, ingombro di feci, è resistente alla palpazione e dolente.

La flessura sigmoidea è contratta e, tra le dita che palpano, scivola come una sottile corda. Sopra l'ombelico si sente una corda trasversale, più o meno movibile, che è il colon trasverso (corda colica trasversa di Glénord). Questa corda, posta trasversalmente all'aorta, facilita la trasmissione e la percezione delle pulsazioni di questa arteria.

La metodica palpazione del rene dimostra che quello di destra si è abbassato ed è movibile. Il fegato deborda dall'arco costale di una o due dita trasverse. La milza ed il rene sinistro sono per lo più al loro posto normale.

Qualche volta la vescica, l'intero ed il retto prendono parte al generale prolasso degli organi addominali.

Negli uomini si osserverà se esistono eronie o varicoceli ed, in ambedue i sessi, se vi sono varici, emorroidi, edemi mollecolari che potrebbero essere, secondo Faure, dovuti ad una curvatura della vena cara

inducente disturbi nella circolazione della metà inferiore del corpo.

Diagnosi

Dice Montenuis che la diagnosi dell'enteroptosi è facile a condizione di pensarvi e di saperla ricercare.

Un forte aiuto nell' indirizzo di una diagnosi giusta ci sarà dato dall'applicazione alla diagnosi etiologica dei principi di morfologia. Si potrà così perfezionare le diagnosi con degli elementi i quali rappresentano la specialità del terreno su cui è nata e cresciuta la malattia. E si comprende facilmente che se arriveremo a particolareggiare la diagnosi etiologica generica mercè i momenti più attivi della speciale morfologia del paziente, saremo più capaci nel cogliere le indicazioni sintomatiche come i segni pronostici di giorno in giorno.

Un' indagine clinica rigorosa in questo senso, gioverà senza dubbio a far risaltare la speciale costituzione del torace degli individui affetti da enteroptosi, l' insufficienza della funzione alla quale esso è devoluto e mostrerà gli intimi rapporti esistenti tra esso e lo spostamento degli organi addominali, rapporti che spiegano la ragione della speciale morbilità di questi individui appunto perchè non corrispondenti ai criteri morfologici dai quali, deviando, si arriva a predisporre l'organismo per l' insorgenza del quadro morboso.

L'anamnesi dei pazienti deve essere opportunemente guidata: si indagherà l' epoca nella quale in-

sorsero i primi disturbi digestivi, ricordando i caratteri particolari della dispepsia atonica enteroptotica. Si domanderanno cioè notizie intorno alla conservazione dell'appetito, intorno al modo con cui avviene la digestione, all'intolleranza per il vino ed il latte, alla stipsi ostinata.

Si osserveranno attentamente i sintomi d'indole generale, riguardanti le manifestazioni nervose: l'insonnia, l'umore dei pazienti, di solito triste ed abbattuto, il pessimismo loro riguardo alla possibilità di una guarigione della malattia, la loro poca resistenza psichica alla traversie e dolori della vita. E così pure verranno esaminati tutti gli altri sintomi soggettivi già precedentemente citati. E preziosi sussidi ci verranno dalla raccolta e dallo studio, secondo le norme della Scuola di Padova, della *anammesi fisiologica*, che tanta parte ha, come sappiamo, nello studio della individuale costituzione.

Si procederà quindi all'esame obbiettivo che, aiutato dal precedente esame morfologico, potrà chiarirci nei riguardi della diagnosi. Siccome poi talune malattie presentano diversi dei sintomi dell'enteroptosi, così si farà con queste la diagnosi differenziale. E per primo con la gastrectasia, che riconosca come cause i restringimenti cratriziali o neoplestici del piloro e le malattie della tonaca muscolare gastrica. Essa presenta sintomi fisici e chimici; quando avremo dimostrato in base ai primi che lo stomaco, senza aver subito dilatazione notevole, ha abbandonato la propria sede normale, dovremo eliminare la diagnosi di gastrectasia.

Meinert ammette che si ha un abbassamento

dello stomaco ogni volta che il piloro non si trova più nella regione epigastrica, ma più in basso, e tanto la grande che la piccola curvatura sono abbassate. Si ha gastrectasia invece quando il limite inferiore è abbassato, ma sono in posizione normale: limiti laterali (linea ascellare ant. e parastemale destra). Si gonfia lo stomaco con acido carbonico o con l'insufflazione.

La dispepsia nervosa si differenzia dall'enteroptosi per l'etiologia; predomina negli uomini, riconosce per cause più frequenti: sifilide, onanismo, abusi venerei, di tabacco, alcool, malaria, urenia ecc,; i disturbi si manifestano dopo il pasto più abbondante, ed, a quelli dell'enteroptosi, vanno scomparendo man mano che la digestione procede verso la fine.

Mancano obbiettivamente i fenomeni della dilatazione e dello spostamento dell'area gastrica.

La scuola di Charcot ha stabilito come sintomi della nevrastenia oltre la generale astenia, la dispepsia e l' insonnia, che possono essere comuni all'enteroptosi, la rachialgia e la cefalea: perciò si potrà istituire una diagnosi differenziale fra queste due entità morbose.

La diagnosi differenziale deve però basarsi non su un solo sintomo che può essere comune a due o più malattie, ma sul complesso dei sintomi che vengono a costituire la caratteristica definitiva d' una determinata malattia. Ed è perciò che il Bouveret, pur riconoscendo che nessuno dei sintomi dell' enteroptosi ha valore patognomonico, dichiara che la loro associazione, il loro raggruppamento, ha una tale importanza da rendere facile la diagnosi d'enteroptosi.

Importanti per la diagnosi sono i segni della coloptosi, dell'epotoptosi, della gastroptosi. La coloptosi tien dietro alle stesse ragioni per le quali si stabilisce una ptosi generale dei visceri. Gli spostamenti del suo decorso abituale sono più frequenti nel colon trasverso, specie nella flessura destra.

In queste condizioni si avverte, attraverso le pareti dell'addome, una sensazione di grosso cordone pastoso paragonabile ad un salsiciotto, che si riscontra in corrispondenza della regione ileo-cecale, e si nota il colon trasverso ridotto come una sottile corda colica trasversa.

Nel 1885 Landau pubblicò una monografia sopra « il fegato mobile e l'addome pendente » nella quale descrisse accuratamante le varie forme di spostamento epatico ed i rapporti maccanici per i quali si costituiscono gli spostamenti degli organi addominali. Egli insiste sul fatto che il maggior numero dei casi di fegato mobile sfugge per la ragione che l'esame diagnostico di esso si compie per lo più facendo stare il paziente disteso invece che in piedi.

Il reperto di un'epatoptosi poggia sul mancare della ottusità epatica nella sede abituale e sulla constatazione di una massa mobile della grandezza e consistenza del fegato nella porzione inferiore dell'addome; con le variazioni di posizione del corpo quella massa per lo più si sposta.

Il rene mobile è il satellite abituale dell'enteroptosi, ed è spesso il segno rivelatore di alterazioni che sono dovute allo squilibrio intraddominale. La constatazione del rene mobile è in alcuni casi assai facile. Già alla palpazione superficiale del ventre si

avverte un corpo della grandezza e consistenza del rene, mobile quà e là oppure fisso in qualche punto dell'addome stesso. Più difficile è lo stabilire se i reni conservino ancora la loro posizione in corrispondenza della parete posteriore dell'addome: a questo scopo è necessaria la palpazione bimannale. Per evitare la tensione della parete addominale il Becher e Lennhof raccomandano di praticare l'esame in bagno caldo. L'esame si compie facendo stare il paziente in posizione orizzontale con gli arti inferiori leggermente ripiegati, abdotti e ripiegati in fuori, senza sforzo però. L'osservatore allora applica una mano sul dorso all'altezza della 11ª o 12ª costa, mentre l'altra mano si insinua dall'addome gradatamente verso l'alto ed in profondità. Se si riceve una chiara impressione che il rene si sposti per i movimenti respiratori, allora si può concludere che esso è alquanto abbassato, perchè in condizioni normali una tale mobilità è appena percettibile. La percessione non fornisce risultati evidenti.

Nell'interpretare i reperti si deve prima decidere se lo spostamento del rene non corrisponda ad un fatto congenito (distopia renale) caratteristica per questa anomalia del rene è l'alterazione della forma (che si può verificare colla palpazione), la fissazione nel punto in cui si trova, la vascolarizzazione anormale e la brevità dell' uretere. La diagnosi di rene mobile è rafforzata dall'aspetto generale del soggetto colpito (individui nervosi, anemici, con addome pendente e pareti addominali flaccide, Xª costa fluttuante e la presenza di cifoscoliosi).

La prova più importante per la presenza di una

gastroptosi ci è fornita dal rilievo della mobilità anormale di altri organi e specie dei reni. Quasi in tutti i casi di ptosi gastrica si riesce a palpare i reni, od almeno quello destro nella regione lombare. Degli altri sintomi, che rivelano una gastroptosa, come il guazzamento, le pulsazioni epigastriche, la corda colica, ci lasciano incerti. Invece la diagnosi di gastroptosi è appoggiata dalla esistenza di una considerevole flaccidezza delle pareti addominali.

Solo negli isterici e nelle persone nervose in genere od in quelle indebolite da lesioni di altri organi può la sola ptosi gastrica cagionare un considerevole disturbo di nutrizione (Hirschfeld). Quindi il segno della gastroptosi per la diagnosi d'enteroptosi vale in quanto è unito agli altri segni ed in quanto si riscontra in speciali individualità.

Ma un punto importante per la diagnosi d'enteroptosi, importante perchè conduce direttamente ad una conseguenza terapeutica di grande efficacia, è dato dalla prova seguente, istituita e raccomandata dal De Giovanni. Se durante l' esame diagnostico, noi ci collochiamo di dietro del nostro paziente situato in stazione eretta, ed appoggiamo ambe le mani sul di lui ventre al di sotto dell' ombelico, esercitando una pressione dal basso all'alto e dall'innanzi all' indietro il paziente, se veramente è affetto da enteroptosi, risente un senso di immediato, grandissimo sollievo.

Forme, andamento, durata, esiti dell'enteroptosi

È caratteristico dell' enteroptosi l' andamento vario, irregolare, oscillante in alternative di miglioramenti rapidissimi e provvisorii e di peggioramenti.

Il principio della malattia è lento ed insidioso; è indicato da disturbi dispeptici, di cui il paziente cerca di darsi ragione e pei quali ben raramente si decide a ricorrere al medico. Si può dire in modo assoluto che l' enteroptosi comincia ordinariamente con la dispepsia atonica.

Questo periodo, che si può dire di invasione, può durare anche uno o due anni; se l' enteroptosi viene riconosciuta e curata in questo periodo, la guarigione è quasi sicura.

Il secondo periodo, che si potrebbe dire di stato, è subordinato alla costituzione organica dell' individuo affetto da enteroptosi. E siccome si tratta di individui poco robusti, a fondo nevrastenico e non immuni da predisposizioni ereditarie quale quella della tubercolosi, può offrire facile presa ai fenomeni di indole nervosa e facilitare lo svolgimento d'un fatto morboso sul terreno per questo adatto e, contribuendo a diminuire la resistenza, portare alla morte per malattie intercorrenti.

Nel III periodo può assumere i caratteri di una nevrastenia a grado avanzato, dalla quale si potrà solo distinguere con una indagine clinica profonda e con un esame obbiettivo accuratissimo. Durante il suo decorso l' enteroptosi può assumere parecchie

forme dipendenti in parte dalle cause determinate, in parte dalla speciale predisposizione organica del soggetto nel quale la enteroptosi si sviluppa.

La forma astenica è la più frequente, specialmente tra le donne. È costituita da tutta quella categoria di ammalate che costituisce in parte la clientela dei genecologi e che si assogettano volentieri a medicazioni vaginali, a raschiamenti uterini ed anche ad interventi operativi. Tra le cause di questa forma si nota: 1) la gravidanza che determina uno spostamento della parete addominale ed anche del piano perineale; 2) la troppo breve degenza a letto durante il puerperio; 3) la costrizione precoce ed esagerata con un busto senza una buona ventriera.

Queste cause si sommano ad altre di minore importanza come la stipsi, ed allora le pazienti cominciano ad accusare di continua stanchezza, dolori addominali. Questi disturbi, che s'accentuano durante il periodo mestruale, sono accompagnati da ostinata dispepsia, da leucorrea, e spesso da deviazioni uterine; ma la loro cura diretta consiste nella cura della enteroptosi. Non è dunque questa malattia una varietà di nevrastenia: la prova che questi disturbi sono dipendenti da alterazioni della statica addominale, la si ha nei risultati della terapia.

La forma ectasica insorge bruscamente in seguito ad uno sforzo determinante la lacerazione di qualche legamento sospensivo viscerale od a uno scollamento parziale del peritoneo. Tien dietro a questa lacerazione od a questo scollamento una peritonite localizzata, che si fa palese solo per un violento dolore avvertito dal paziente nel punto leso

ed in seguito a minimi sforzi: più tardi sopravvengono i fenomeni dipendenti dalla ptosi viscerale.

Forma dispeptica: è la più comune e comprende il maggior numero degli enteroptotici. Di essa si parlò a proposito dei sintomi e delle diagnosi.

La *forma neurastenica* induce in errore i pazienti e spesso anche il medico. Le manifestazioni neurasteniche sono tali e tante che solo un' anamnesi accuratissima ed un attento esame obbiettivo sussidiato dall'esame morfologico, possono differenziare questa forma della nevrastenia essenziale. La nevrastenia invece è determinata dalla speciale disposizione o dalla lunga durata dell'enteroptosi. In alcuni casi però la diagnosi differenziale fra le due malattie è quasi impossibile.

Forma nevropatica: si sviluppa specialmente in individui il cui sistema nervoso è morbosamente predisposto, ed allora l'enteroptosi si riveste di manifestazioni nervose tali da presentare un quadro imponente, nel quale riesce difficile vagliare quanto spetta alla ptosi viscerale e quanto è dovuto alla costituzione neuropatica. I tremori, il cardiopalmo nervoso, le vere crisi nervose possono mascherare i fatti dipendenti dall'enteroptosi. È una forma che si sviluppa in quei soggetti il cui temperamento è ancor più di quello dei nevrastenici predisposto alle affezioni nervose.

La varie forme citate di enteroptosi si fondono facilmente nelle loro grandi linee, sicchè il quadro generale rimane quello descritto nella sintomatologia.

La malattia migliora coll'avanzarsi della vecchiaia, grazie alla normale rivoluzione degli organi e dei tessuti.

La morte non è mai prodotta direttamente dall'enteroptosi, ma dalle malattie intercorrenti, alle quali l' individuo, indebolito, offre facile il campo d' invasione e facile il trionfo sulla propria resistenza organica affievolita.

Terapia

I criteri che ci hanno guidato alla diagnosi d'enteroptosi, ci guidano direttamente anche alla cura.

L'anamnesi infatti ci ha permesso di rilevare:

1.° le alterazioni che si riferiscono alla costituzione generale dell'organismo,

2.° le alterazioni delle funzioni gastriche,

3.° le alterazioni delle funzioni intestinali,

4.° le azioni del sistema nervoso.

L'esame obbiettivo ci ha portato a conoscere le alterazioni evidenti dell'equilibrio intraaddominale. L'esame morfologico infine, mettendo in evidenza la parte che spetta alla gabbia toracica nell' etiologia delle ptosi, permette di tentare la profilassi di codesta malattia.

Ed è qui che bisogna notare quanto grande sia l'efficacia, per istituire una cura preventiva negli enteroptotici, di un esame morfologico profondo. È soltanto colla conoscenza della morfologia, delle leggi della evoluzione dei corpi in quel dato modo differenziantisi colla conoscenza del metodo col quale può rilevarsi il giuoco delle correlazioni funzionali e del metodo deve potersi modificare secondo gli scopi e colla conoscenza vasta della patologia che si potrà

fare della buona medicina preventiva. Perocché se di tali leggi ci ricorderemo solo di fronte ai morbi già stabiliti, non potremo giovare che alla spiegazione di un fatto compiuto e parzialmente solo allo scopo terapeutico.

E ciò facilmente si comprende quando si pensi che, osservando l'organismo durante il suo sviluppo si possono sorprendere le sue disarmonie, le sue sproporzioni, l'eccesso o il difetto funzionale delle parti e concepire le necessarie come le utili modificazioni dell'ambiente, della abitudine, della alimentazione, degli esercizi organici ecc. da cui dipende la benefica ulteriore trasformazione dell'organismo.

Appunto in base a queste considerazioni, noi trovandoci davanti a degli individui, che presentano delle sproporzioni del corpo, sproporzioni che sono la ragione principale di anomalie funzionali, dovremo cercare di correggere questi rapporti morfologici che fanno presentire il vizio costituzionale che più tardi non potremo più combattere.

Quindi in tutti quei soggetti che presentano, direi quasi le stigmate dell'enteroptosi, sarà bene tentare a suo tempo la profilassi più adatta e più efficace.

Si metteranno in opera tutte quelle condizioni che sviluppano il torace e che potranno avere una buona influenza per prevenire le ptosi, si consiglieranno a tale scopo: gli esercizî fisici, la ginnastica, il nuoto, gli sports diversi che, oltre a fortificare il torace, serviranno anche a fortificare la costituzione generale.

Per sostenere poi il tessuto congiuntivo di questi

predisposti all'enteroptosi, si dovrà cercare di evitare tutte le cause che possono irritarlo, introducendo nell'economia il minimo dei veleni organici e facilitando la loro eliminazione.

A tale scopo, oltre alla ginnastica bene intesa, verranno messi in opera l'idroterapia, il massaggio, un regime tonico e fortificante.

Alterazioni gastriche. — L'intolleranza pel vino negli enteroptotici è assoluta: l'uso del vino è spesso causa di dolori violenti in corrispondenza dell'epigastrio, altre volte causa gravi cefalalgie. Soppresso il vino, queste sofferenze scompaiono. Il latte e gli alimenti che hanno per base il latte non sono ordinariamente tollerati, ed in caso di tolleranza apportano solo qualche apparente miglioramento nelle funzioni digestive.

È ottimo prescrivere nelle enteroptosi un metodo di alimentazione che contribuisca a determinare nel miglior modo la congestione fisiologica dello stomaco data dagli alimenti. Così dalla carne ed uova crude, si discende in ordine di minore digeribilità fino al latte.

Per sollecitare poi l'attività dello stomaco si deve consigliare una notevole frequenza dei pasti.

Le acque alcaline, come quella di Vichy, saranno di notevole aiuto nella dispepsia che tormenta questi malati colla sua persistenza ostinata. Così pure la tintura di noce vomica, eccitando le fibre muscolari dello stomaco.

Alterazioni intestinali. — Contro la stipsi prolungata si adoperano i purganti salini, i sali di Carl-

sbad, l'acqua di Janos, oppure in caso di stitichezza ribelle, si somministri un purgante drastico come l'aloe. I clisteri, gli enteroclismi di acqua tepida costituiscono un buon mezzo: quelli poi con l'aggiunta di sapone o di glicerina sono ancor più efficaci.

Per migliorare la funzione intestinale alterata si può praticare la faradizzazione, applicando un reoforo in corrispondenza del cieco e facendo scorrere l'altro in corrispondenza delle pareti addominali.

Il massaggio dell'intestino è forse uno dei migliori mezzi curativi della costipazione abituale; si eseguisce mentre il paziente giace supino sul letto.

Alterazioni del sistema nervoso. — Contro le cefalalgie dell'enteroptosi, che alle volte sono veramente intollerabili, spesso è sufficiente la regolarizzazione dell'alvo, perchè sono senza dubbio provenienti da intossicazione di origine intestinale. Talvolta, tolta la causa, la cefalalgia persiste ed allora hanno buoni effetti gli antinevralgici.

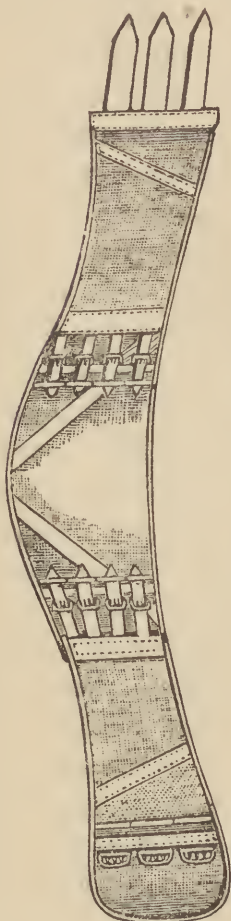
Contro l'insonnia degli enteroptotici non c'è una cura speciale: essa cede alla regolarizzazione della dieta ed alla evacuazione dell'alvo quotidiana.

Contro la stanchezza abituale somministrare la caffeina e praticare le iniezioni di ferro-citro ammoniacale.

Alterazioni dell'equilibrio addominale. — Abbiamo già visto come i disturbi che si riscontrano in questi ammalati provengano dallo squilibrio intraaddominale.

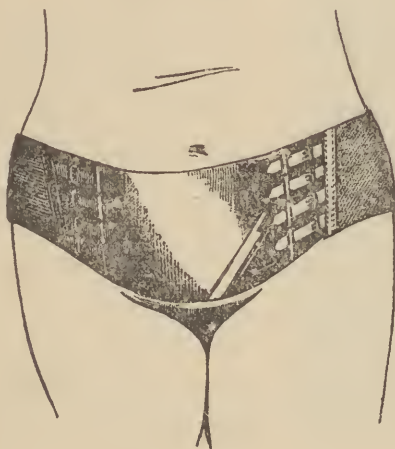
La maggior parte degli autori che s'occuparono dell'enteroptosi, notarono i benefici effetti per la terapia in seguito all'uso delle ventriere, di cinture di lana o flanella, costrutte però in maniera da procurare

qualche sollievo temporaneo, ma non per adempiere l'importante ufficio che dovrebbero compiere.

Tra queste cinture è da notare quella di Glénard, per la sua facile diffusione e per il favore che ha incontrato presso un gran numero di medici. Anche questa cintura non è stata costrutta secondo i criterî più adatti; infatti essa serve ad aumentare la tensione addominale, ma non a sollevare in alcun modo i visceri addominali. Appena applicata questa cintura, il paziente risente un poco di sollievo, ma, siccome la pressione esercitata da questa deve essere notevole, avviene che dopo qualche ora, esso accusi molestie dipendenti dalla struttura.

Il De Giovanni ideò una ventriera, la cui costruzione fu affidata alla casa Valeggia, Padova, che consta di tre parti le quali si articolano fra di loro mediante apposite fibbie. Per i criteri secondo i quali essa è stata costruita, essa si adatta a qualsiasi forma di ventre e serve in qualsiasi caso dei ptosi dei visceri addominali.

Scopo principale di questa ventriera o « fascia a calice » è di sostenere ed innalzare la massa intestinale senza che questa venga compressa, come succede colle altre ventriere, non esclusa la fascia di Glénard.

Coll'uso di questa fascia a calice cessano prontamente i sintomi di stanchezza, di stiramento, di dolore endoaddominale, di difficoltà nel camminare e la digestione si compie in modo notevolmente migliore.

Se si toglie poi questa fascia al paziente, esso

sente subito tornare la sensazione di debolezza, di stiramento, di sfiancamento ed avrà la sensazione netta come di caduta del ventre. Egli comprenderà facilmente che le sofferenze ch' egli prova, gli vengono non dalla debolezza, dall'anemia, dal nervosismo, ma gli derivano dal « ventre che cade ».

Perciò questa fascia deve essere ritenuta oltre che mezzo curativo di primo ordine, anche ottimo mezzo diagnostico.

Norme per l'applicazione. — Si indossa la fascia allacciandola posteriormente in modo che il bordo superiore non aderisca completamente al ventre ma resti un poco discosto. Indi, accomodata per bene, badando che il punto **A** cada sul pube, si stringono opportu-

nemente le cinghie anteriori laterali, cominciando dalle inferiori che devono essere strette quanto è possibile e finendo colle superiori che devono esserlo soltanto quanto basta perchè superiormente la fascia sia aderente.

Per avere da questa fascia un pieno effetto, è necessario un perfetto adattamento, per ottenere il quale, occorre raccomandare l'esattezza delle misure seguenti:

Circonferenza addominale **B**.

Circonferenza del bacino **A** passando due dita sopra il sacro sulle creste iliache e sul pube.

Altezza dal pube 1 all'ombellico 2.

Larghezza del ventre dalla metà della piega inguinale di un lato alla metà della piega inguinale del lato opposto.

In certi casi in cui, per conformazione speciale di ventre poco sporgente o di fianchi troppo pronunciati, la fascia non resta fissa al bacino ma scappa all'insù, si rende necessaria l'applicazione delle sottocoscie che sono eseguite ordinariamente in tessuto elastico vellutato speciale. Ed allora occorre la misura presa partendo dal fianco, girando sotto la coscia e ritornando sul fianco stesso.

Per quelle persone, che, per magrezza hanno le creste iliache sporgenti, e non possono sopportare la

pressione rigida sulle creste stesse, si costruiscono delle fascie dello stesso modello, ma con *fianchi elastici.*

Queste parti elastiche sono applicate in corrispondenza alle creste iliache stesse ed in maniera che sono elastiche soltanto *per pressione* e non per estensione, non menomando quindi l'effetto della fascia stessa.

Queste fascie si costruiscono in contie, in satin doppio finissimo, in crine di cavallo bianco (per l'estate), in satin foderato di lana (per l' inverno).

CONCLUSIONI

1.° L'enteroptosi può essere congenita ed allora è considerata come espressione di una certa degenerazione organica: si presenta spesso nel quadro nosologico della nevrastenia. Può anche essere acquisita.

2.° Sull'origine dell'abbassamento dei visceri sono ancora discordi le opinioni; e ciò perchè si è tenuto in maggior conto l' importanza dei fattori determinanti anzi che di quelli predisponenti, che si devono ricercare nella costituzione stessa di cotesti individui, della quale i principali elementi sono dati dalla speciale morfologia del torace e del ventre e dall'astenia del tessuto congiuntivo.

3.° La sintomatologia dell'enteroptosi viene provocata dallo stiramento dei legamenti, dalle alterate circolazione ed innervazione degli organi prolassati ed anche dall' insufficienza motrice dello stomaco ed

intestino, che porta ad una stipsi ostinata ed alle possibili conseguenti autointossicazioni.

4.° La fascia addominale a calice del De Giovanni è uno dei migliori rimedi per l'enteroptosi, considerato che tutti i disordini sono prodotti dall' alterata statica addominale.

BIBLIOGRAFIA

A. De Giovanni — *Commentarii di Clinica medica desunti dalla Morfologia del corpo umano* (Parte generale).

Mathes — *Ueber enteroptose* (*Archiv für Gynekologie.* Band 77, fasc. II).

Vami — *L'enteroptosi* (Cantani e Maragliano, vol. V, parte II, fasc. 476).

Polacco — *L'enteroptosi* (Il Morgagni, 1900, pg. 420-461 e 481-506).

Hirschfeld — *Lo spostamento degli organi addominali e del cuore* (*Leyden e Kleuferer e la Clinica medica contemporanea.* Milano, Soc. ed. libr., vol V, pg. 457),

Huchard — *Consultations medicales.* Paris, Beilliere, 1901, pg. 453).

Weissmann — *Ueber Enteroptosie* (Magen und Darmatore), Veinche, 1905.

Smith — *Neurasthenia, Degeneraus and mobile organs* (*The Brilish Medical Journal*).